



DDD Division of Developmental Disabilities

DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES (DDD)

**ДОБРОВОЛЬНОЕ УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ ОСВОБОЖДЕНИЯ ОТ ОПЛАТЫ УСЛУГ (HCBS)**  
**VOLUNTARY HCBS WAIVER PARTICIPATION**

|  |           |
|--|-----------|
| ИМЯ КЛИЕНТА (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)  | НОМЕР DDD |
| <p>Рассматривается Ваше право на получение обслуживания по программе Освобождения от оплаты необходимых услуг (Waiver) _____. Данное Освобождение от оплаты услуг разрешено согласно Разделу XIX Закона о социальном обеспечении (Social Security Act) для предоставления лицам, имеющим на это право, услуг на дому и районного обслуживания.</p> |           |
| <p>Мне предоставили информацию о доступных мне альтернативных вариантах помощи, и я решил воспользоваться Освобождением от оплаты необходимых услуг, обеспечиваемым Программой предоставления услуг на дому и районного обслуживания (HCBS Waiver) Департамента помощи лицам, имеющим инвалидность вследствие порока развития (DDD).</p>           |           |
| ПОДПИСЬ КЛИЕНТА  | ДАТА      |
| ПОДПИСЬ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ  | ДАТА      |
| <p>Мне предоставили информацию о доступных мне альтернативных вариантах, и я решил воспользоваться услугами учреждения.</p>  |           |
| ПОДПИСЬ КЛИЕНТА  | ДАТА      |
| ПОДПИСЬ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ  | ДАТА      |

Копии: Клиенту или законному представителю  
В файл клиента